

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

195

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Marcel BILGORAI

Né le 1^{er} Février 1918, à Paris-XII^e.

Présentée et soutenue publiquement le..... 14 MARS 1945. 19..

LE

RHUMATISME DISLOQUANT

SEQUELLE DE LA MALADIE

DE BOUILLAUD

Président : M. BÉNARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1945

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BILGORAI.**

Prénom : **Marcel.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

BILGORAI (Marcel). — Le rhumatisme disloquant. — Séquelle de la Maladie de Bouil-
laud. — Paris, Imp. R. Fou-
lon, 1945, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

BILGORAI (Marcel). — Le rhu-
matisme disloquant. — Sé-
quelle de la Maladie de Bouil-
laud. — Paris, Imp. R. Fou-
lon, 1945, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

BILGORAI (Marcel). — Le rhu-
matisme disloquant. — Sé-
quelle de la Maladie de Bouil-
laud. — Paris, Imp. R. Fou-
lon, 1945, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

BILGORAI (Marcel). — Le rhu-
matisme disloquant. — Sé-
quelle de la Maladie de Bouil-
laud. — Paris, Imp. R. Fou-
lon, 1945, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Marcel BILGORAI

Né le 1^{er} Février 1918, à Paris-XII^e.

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

LE
RHUMATISME DISLOQUANT
*SEQUELLE DE LA MALADIE
DE BOUILLAUD*

Président : M. BÉNARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LEON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	TROISIERS.
Clinique de la Tuberculose	N...
Clinique urologique	LIAN.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAMPY.
Histologie	

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.	Médecine générale . . .	DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie pathologique .	DELARUE.		LELONG.
	Mlle GAUTHIER-		LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie . . .	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale .	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.	Médecine légale .	SOULIE.
	FEVRE.		DESOILLE.
	FUNCK-	Obstétrique . . .	DIGONNET.
	BRENTANO.		LACOMME.
Chirurgie générale . . .	MENEGAUX.		SUREAU.
	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie . .	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie . .	HALPHEN.
	N...	Parasitologie . . .	LAVIER
	N...	Parasitologie	
Histologie	BULLIARD.	coloniale	N...
Hydrologie	N...	Pathologie	
Hygiène	N...	expérimentale .	LEMAIRE.
	BARIETY.	Pharmacologie .	Mlle J. LEVY.
	BERNARD (Et.).		N...
Médecine générale	BOULIN.	Physiologie . . .	RICHET.
	BROUET.		N...
	CACHERA.	Physiologie	
	COSTE.	médicale	DESGREZ (H.).
	DELAY.	Thérapeutique . .	TURPIN.
	GARCIN.	Urologie	COUVELAIRE.

**III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
POUR LE SERVICE DES EXAMENS**

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT.**

MM.		MM.		
Clinique	}	GATELLIER.	}	ALAJOUANINE.
chirurgicale . . .		DE GAUDART		CHEVALLIER.
		D'ALLAINES.		LAROCHE Guy.
Clinique			Clinique médicale	MOREAU.
obstétricale . . .		ECALLE.	Clinique	
			urologique . . .	FEY.

V. — CHARGES DE COURS

MM.		MM.	
Puériculture . . .	N...	Stomatologie . . .	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.		

MM.	
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154011_0122

A MES PARENTS

*En reconnaissance pour leur
dévouement et leurs sacrifices.*

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES F. F. I.

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD

Professeur de la Chaire de Pathologie expérimentale et comparée

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BOIDIN

Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris

Qui nous a initié à la Médecine.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance pour la sollicitude avec laquelle il a guidé notre travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BOUSSER

Médecin des Hôpitaux de Paris

Hommage et profonde reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné, pour son aide apportée à notre travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO (*in memoriam*)

Professeur de Clinique Chirurgicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCC

Professeur de Clinique Chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR HILLEMAND

Médecin des Hôpitaux de Paris

**A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE MARSEILLE**

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD
Professeur de Clinique des Maladies des Enfants

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATTEI
Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAYSSIÈRE
Professeur de Clinique Obstétricale

**A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG
(repliée à Clermont-Ferrand)**

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. WEISS
Professeur de Clinique Chirurgicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER
Professeur de Clinique Médicale Infantile

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARRE
Professeur de Clinique Neurologique

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour dans le service de Monsieur L. BODIN, à l'hôpital Bichat, nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas de cette forme particulière et exceptionnelle, de rhumatisme chronique, séquelle de la Maladie de Bouillaud décrite sous le nom de Rhumatisme disloquant.

Monsieur BODIN et son assistant Monsieur BOUSSER nous ont conseillé à l'occasion de cette nouvelle observation de reprendre dans une vue d'ensemble, la description de cette variété spéciale de Rhumatisme chronique, consécutif au Rhumatisme articulaire aigu, auquel P. LEREBoullet et J. MOUZON ont donné à juste titre le nom de Rhumatisme disloquant.

A première vue, les déformations réalisées rappellent étroitement celles d'un Rhumatisme chronique banal. Mais à l'examen, on s'aperçoit rapidement qu'elles sont conditionnées exclusivement par une hyperlaxité capsulaire et ligamentaire considérable entraînant un véritable état de dislocation articulaire. Par contre, l'atteinte osseuse, cartilagineuse et synoviale est nulle ou légère et contingente, ou manifestement secondaire.

HISTORIQUE

La première observation de Rhumatisme disloquant a été publiée par P. LEREBoullet et J. Mouzon en 1920 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Ces auteurs ont fixé d'emblée les principaux traits de cette séquelle rhumatismale. Depuis cette époque, deux autres cas seulement ont été rapportés par Monsieur Boidin avec Monsieur PASTEUR-VALLERY-RADOT et Monsieur Roux en 1938 d'une part et P. DROGUET en 1941 d'autre part.

Bien que les cas publiés se réduisent à ces trois observations, nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une complication rarissime de la Maladie de Bouillaud, car nous avons pu en observer encore un autre cas en 1941 dans le Service de Monsieur Boidin à l'Hôpital Bichat.

Observé chez des sujets hospitalisés pour des phénomènes de défaillance cardiaque, le Rhumatisme disloquant passe facilement inaperçu en raison de son indolence et de l'absence presque complète de gêne fonctionnelle ou bien il est considéré comme un banal Rhumatisme chronique.

THE
JOURNAL
OF
THE
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE
OF GREAT BRITAIN AND IRELAND
VOLUME 18
PART 1
1888

CONTENTS
PAGES
The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

Published by the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland
21, BEDFORD SQUARE, LONDON, W.C.1
1888

OBSERVATIONS

Nous vous présentons maintenant les observations qui ont été prises sur cette affection particulière, dans l'ordre chronologique de leur publication.

Voici tout d'abord, la *première observation publiée*, présentée à la séance du 23 janvier 1920 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par MM. P. LÈREBOULLET et J. MOUZON.

« Mlle H... actuellement âgée de 26 ans est venue à la consultation de Monsieur le Professeur DEJERINE à la Salpêtrière, il y a 3 ans en février 1917 pour des *douleurs* et pour des *déformations des doigts* qui, depuis de longues années, lui rendaient très pénible son métier de couturière.

Antécédents héréditaires : parents bien portants sauf la mère suspecte de Mal comital.

Antécédents personnels : au cours des premières années, nombreuses maladies de l'enfance : varicelle, rougeole, diphtérie, scarlatine, puis angines et bronchites à répétition. La scarlatine soignée à l'hôpital Trousseau, ne se serait pas compliquée d'arthrites, vers l'âge de 2 à 3 ans, vulvo-vaginite passagère.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 13¹/₂ ans, survient une première crise de Rhumatisme affectant les articula-

tions tibio-tarsiennes, crise relativement légère, entraînant une immobilité de huit jours au lit.

Quelques mois après, une poussée évolutive tuberculeuse, adénopathies, lésion du poumon gauche, anémie) exige un traitement dans un sanatorium qui se prolonge huit mois, vers cette époque apparaissent les premières règles qui sont normales depuis lors.

Pendant le séjour au sanatorium, les crises d'arthrite se reproduisent à diverses reprises sans qu'il paraisse y avoir eu coïncidence entre ces crises et une aggravation quelconque des phénomènes pulmonaires.

Au sortir du sanatorium, à l'âge de 14 ans Mlle H... entre en *apprentissage dans la couture* et malgré les douleurs qu'elle éprouve presque sans interruption depuis ce moment dans les articulations digitales et qui lui rendent sa profession, particulièrement pénible. Elle poursuit son apprentissage, puis sa carrière de couturière avec une énergie remarquable, jusqu'au moment où elle se présente à la consultation.

Jusqu'à l'âge de 16 ans, les douleurs sont intermittentes, limitées aux articulations des doigts, accompagnées de tuméfaction des articulations phalangiennes et plus marquée du côté droit.

A 16 ans, survient une crise de *Rhumatisme articulaire aigu franc généralisé*, les épaules, les genoux, toutes les grandes articulations ont été atteintes, en même temps que les mains. Aucune mention ne fut faite à ce moment d'une affection cardiaque. Mais la malade se souvient que dès son enfance, elle s'essouffait facilement dans la course et dans les ascensions.

La durée exacte de cette crise n'est pas déterminée. A vrai dire, la polyarthrite semble avoir continué son évolution pendant quatre ans environ jusqu'à l'âge de 20 ans. Sans aucune période de rémission complète, c'est toujours sur les *articulations des doigts* qu'elle s'acharne

d'une manière élective; pendant des années, la malade ne connaît pas une seule journée de répit. Mais en outre de temps en temps, telle ou telle de ses grandes ou de ses petites articulations se trouve touchée. A plusieurs reprises même, ses articulations rachidiennes sont atteintes, et elle est immobilisée au lit pour plusieurs jours par un lumbago.

A 18 ans, des leucorrhées assez intenses ne semblent exercer aucune influence sur l'évolution des arthrites.

A 19 ans, une nouvelle crise d'arthrite phalangienne s'accompagne d'une tuméfaction thyroïdienne qui disparaît après six semaines de traitement par l'hémato-éthéroïdine.

On pratique ensuite des injections de soufre colloïdal sans grand résultat immédiat.

Pendant tout ce temps, la malade continue à coudre car si elle ne supporte pas le dé, elle peut du moins tenir son aiguille, grâce aux mouvements du pouce qui sont intégralement conservés.

Depuis l'âge de 20 ans, les douleurs deviennent moins continues, au moment des crises douloureuses les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes sont encore tuméfiées. Dans leur intervalle, toute tuméfaction disparaît. Mais c'est alors qu'apparaît la déviation des doigts.

L'auriculaire de la main droite commence à se déjeter vers le bord cubital, puis ce sont les autres doigts de la main droite, enfin des déformations analogues affectent la main gauche.

Etat actuel (février 1917). — C'est quelques mois après la dernière crise douloureuse survenue à l'âge de 22 ans, que nous avons l'occasion de voir cette malade. Nous l'avons régulièrement suivie depuis lors — à cette époque les mains présentent des déformations d'un caractère

spécial qui ne peuvent être rapprochées d'aucun type classique de Rhumatisme chronique. Il n'y a ni tuméfaction ostéo-articulaire, ni déformation, ni bride fibreuse, ni rétraction tendineuse, ni limitation d'aucun mouvement passif. Les articulations phalangiennes sont absolument normales par leur volume, par leur forme, par l'excursion et l'étendue de leurs mouvements, par la fixité de leurs ligaments. Le pouce ne présente ni déformation, ni déviation. Par contre, *les derniers doigts sont déviés dans leur ensemble vers le bord cubital de la main et cette déviation est d'autant plus accentuée que le doigt se trouve plus éloigné du pouce, si bien que l'angle du doigt et du métacarpien très largement obtus pour l'index droit, est voisin de 115° pour le médus, dépasse cet angle pour l'auriculaire. Les doigts se trouvent ainsi à la fois déjetés en coup de vent et écartés en éventail. Cette déformation est plus marquée du côté droit, mais elle est du même type pour le côté gauche.*

Cependant les mouvements de flexion et d'extension des phalanges les unes sur les autres et sur leurs métacarpiens sont parfaits. La flexion atténue même largement la difformité de la main. Bien plus, si l'on maintient d'une main le métacarpien, et que l'on replace de l'autre, chaque doigt en bonne position dans l'axe de son métacarpien, aucun obstacle ne s'oppose à cette manœuvre. Pour les quatre doigts de la main gauche, et pour l'index, le médus et l'annulaire droits, on sent seulement la base de la première phalange glisser sur la tête du métacarpien, tandis que pour l'auriculaire droit, il faut tirer un peu sur le doigt, pour lui faire franchir le ressaut du tubercule latéral de la tête.

Ce doigt se trouve en effet *complètement luxé* latéralement sur son métacarpien (comme on peut s'en rendre compte par la radiographie).

La réduction de la déviation ne provoque aucune ten-

sion de l'aponévrose palmaire, aucune rétraction au niveau des insertions superficielles du muscle cutané palmaire.

Si par contre, une fois cette correction effectuée on abandonne les doigts à eux-mêmes, la déviation se reproduit aussitôt.

Les fonctions des doigts sont remarquables de précision et de force, étant donnée l'intensité de cette difformité, puisqu'elles permettent sans gêne et sans difficulté, l'alimentation, l'écriture, la couture, le port des paquets.

Non seulement les mouvements de flexion et d'extension des doigts, et les mouvements d'opposition du pouce s'effectuent d'une façon normale mais les inconvénients d'abduction et d'adduction des doigts, imprimés par les interosseux aux phalanges étendues restent possibles, bien que gênés par la déviation du point d'insertion inférieur de ces muscles.

Les réactions électriques de tous les muscles y compris les interosseux sont normales.

Les espaces interosseux, non plus que les éminences thénar et hypothénar, ne sont le siège d'aucune atrophie. La sensibilité aux différents modes, l'état des crêtes papillaires, la température locale habituelle, le développement pileux et unguéal, les réactions sudorales des doigts sont normaux, égaux des deux côtés pour les doigts déviés, comme pour le pouce non dévié. A noter seulement un refroidissement facile des mains, la fréquence de l'onglée et l'aspect flou de l'architecture osseuse des métacarpiens et des phalanges sur la main droite par comparaison avec la gauche. Les réflexes des membres supérieurs sont conservés.

Aucune laxité, ni aucune ankylose articulaire ne se remarque sur aucune grande articulation et en particulier sur les poignets, sur les pieds et sur les orteils.

Le développement général est absolument normal et

ne comporte aucune difformité. Il n'existe aucune malformation dentaire.

Les réflexes pupillaires, les réflexes plantaires, les réflexes tendineux des membres inférieurs sont absolument normaux.

Le corps thyroïde paraît un peu volumineux et il n'y a ni tremblement, ni exophtalmie, ni tachycardie, le pouls est seulement un peu irrégulier, la tension artérielle au Pachon est 16-8.

L'examen des poumons ne décèle qu'un peu de submatité et d'obscurité respiratoire au sommet gauche avec léger voile à la radioscopie et dans la région hilare droite, une diminution de la sonorité avec respiration bronchique. Des ombres péri-bronchiques sont visibles à la radioscopie.

L'auscultation du cœur révèle un rythme de rétrécissement mitral : roulement diastolique et dédoublement du deuxième bruit. L'image radioscopique du cœur montre l'hypertrophie auriculaire et une augmentation du diamètre horizontal du cœur permettant de soupçonner une maladie initiale complète.

Cette jeune fille qui a sur notre conseil, abandonné son métier de couturière, n'a depuis trois ans subi aucune nouvelle atteinte de rhumatisme.

Les tuméfactions articulaires ne se sont jamais reproduites et l'on peut se convaincre, par comparaison avec les photographies datant de trois ans, que les déviations se sont même atténuées du côté gauche.

Le traitement suivi était à base d'arsenic et d'acide phosphorique.

L'étude détaillée de cette histoire met en valeur avant tout, le rôle du Rhumatisme articulaire aigu franc. L'arthrite déformante, chronique et progressive qui a frappé

les articulations digitales, a depuis son apparition jusqu'à la disparition des douleurs, évolué de pair avec des polyarthrites de type aigu, mobile, généralisé dont l'apparition marquait toujours une aggravation des douleurs et de la gêne fonctionnelle des doigts. La lésion cardiaque (constatée) est la séquelle naturelle de ces poussées répétées intenses et précoces de rhumatisme.

La réaction thyroïdienne est intéressante également à noter à cet égard. Ni la vulvo-vaginite, ni la scarlatine de l'enfance, ni la poussée de tuberculose ganglionnaire de l'adolescence, ni les leucorrhées survenues à l'âge de 18 ans, ne semblent avoir exercé d'influence appréciable sur les lésions. Il s'agit là d'une histoire en apparence classique de rhumatisme articulaire aigu franc et compliqué d'endocardite, on connaît notamment dans l'enfance et dans l'adolescence, cette action du rhumatisme aigu ou subaigu sur les articulations de la main (thèse de BARJON, Lyon 1897).

Mais le type de la déformation actuelle est absolument anormal.

Il ne s'agit pas de rhumatisme noueux; car nous ne trouvons ici ni tuméfaction articulaire ni nodosités, ni flexion permanente des premières phalanges, ni déviation des deux dernières phalanges.

Il ne s'agit pas non plus de rhumatisme fibreux du type isolé par JACCOUD, car les déviations sont réductibles, leur réduction ne s'accompagne ni de raideur, ni de douleur, ni de cette tension fibreuse des tendons, des ligaments et des aponévroses, visible sous la peau et perceptible au doigt à laquelle JACCOUD attachait une importance primordiale.

VERNEUIL avait signalé des luxations subites au cours du rhumatisme articulaire aigu, mais dans ses sept cas dont plusieurs semblent concerner des pseudo-rhumatismes infectieux, les arthrites compliquées de luxation sié-

geaient sur les grosses articulations des membres inférieurs (hanche et genou) elles avaient un caractère aigu et les observations ne comportent pas de détails qui permettent d'éliminer les arthropathies tabétiques ou syringomyéliques.

Notre cas nous paraît occuper une place à part dans la description du rhumatisme chronique. A côté de la forme noueuse et de la forme fibreuse du rhumatisme déformant des petites articulations il exige la description d'une *forme disloquante*.

Comment interpréter cette évolution exceptionnelle d'une arthrite rhumatismale subaiguë métacarpo-phalangienne ?

La simple inspection, la palpation minutieuse des extrémités articulaires, la radiographie nous permettent d'éliminer toute lésion osseuse.

L'absence d'atrophie musculaire, d'altérations des réactions électriques des muscles, des troubles de la sensibilité ou des réflexes, ne nous laissent pas envisager l'hypothèse d'une déformation d'origine amyotrophique ou tropho-névritique. Les gaines tendineuses et l'aponevrose palmaire sont également indemnes.

La lésion fondamentale chez notre malade paraît être la *laxité ligamentaire et capsulaire* des articulations métacarpo-phalangiennes.

Cette forme rentre donc dans le groupe des rhumatismes chroniques fibreux. Mais pourquoi ce rhumatisme chronique fibreux, dont l'évolution habituelle provoque la rétraction et l'ankylose consécutive a-t-il produit ici la laxité ?

Nous ne saurions y trouver d'autre explication que la mobilisation incessante à laquelle cette malade a soumis ses articulations douloureuses, tuméfiées peut-être dis-

tendues par un peu de liquide pendant toute l'évolution de son rhumatisme. Il n'est pas de mécanothérapie qui puisse soumettre une main à des mouvements aussi fins, aussi incessants, aussi variés, aussi rapides que la couture, toutes les articulations jouent à la fois, la tonicité de tous les muscles, l'élasticité de tous les faisceaux ligamentaires sont à chaque instant mises à l'épreuve. Et l'on peut noter que les pressions, subies par les doigts, aussi bien pour la main droite qui tient l'aiguille, que pour la main gauche qui tient l'étoffe, s'exercent sur leur bord radial, et tend par suite à les déjeter vers le bord cubital de la main.

De même qu'une grande articulation, traumatisée ou distendue par le liquide reste plus ou moins simple, selon que la mobilisation en a été plus ou moins précoce, plus ou moins assidue, de même la mobilisation intense à laquelle a été soumise notre malade, au cours de l'évolution de ses arthrites lui a peut être permis d'échapper ainsi aux rétractions fibreuses qui la menaçaient.

Mais cette mobilisation a été aussi inopportune et aussi mal appliquée que possible. Elle a bien sauvé les mouvements normaux de flexion et d'extension, mais elle a permis et exagéré les mouvements anormaux de latéralité.

Au moment où les hyarthroses se résorbaient, où l'infiltration de la synoviale disparaissait, où les tissus enflammés des ligaments s'organisaient et se scléroisaient, où l'élasticité faisait place à l'inextensibilité et plus tard à l'irrétractibilité, elle déjetait les doigts vers le bord cubital, elle élongeait les ligaments du côté radial sans permettre cependant la rétraction des ligaments du côté cubital, enfin, au lieu de fixer le surtout ligamenteux et tendineux de l'articulation dans une rétraction ankylosante, comme cela se passe habituellement pour les mains immobilisées par la douleur.

Elle l'a maintenue dans une laxité disloquante qui a réalisé une difformité bien spéciale.

Nous sommes assez désarmés au point de vue thérapeutique. En l'absence de toute poussée rhumatismale depuis près de quatre ans.

La médication salicylée est absolument inutile. Les traitements arsenicaux, phosphoriques ou soufrés que nous avons utilisés, ne sauraient exercer d'action élective. L'impotence fonctionnelle est à l'heure actuelle trop minime pour que nous puissions songer aux divers traitements chirurgicaux qui, visant la rétraction ligamentaire exposeraient notre malade à l'ankylose fibreuse.

Un appareillage serait bien délicat et bien encombrant.

Nous avons commencé à soumettre Mlle H... à la faradisation et à la galvanisation interrompue de ses muscles interosseux. Nous espérons par là favoriser l'hyper tonicité de ses interosseux seule susceptible de lutter avec quelque efficacité contre ses déviations digitales.

Enfin nous attachons bien entendu, une grande importance au changement de profession et notre malade s'est fort améliorée depuis le jour où sur notre conseil, elle a quitté la couture et a cessé la mobilisation excessive de ses articulations digitales.



Voici l'observation présentée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à la Séance du 18 février 1938 par MM. L. BODIN, PASTEUR-VALLERY-RADOT et Maurice ROUX.

Mme B..., âgée de 51 ans, est entrée à l'hôpital Bichat en décembre 1937 pour des phénomènes accentués de défaillance cardiaque.

L'attention a été immédiatement attirée par des déformations très marquées des mains et des pieds.

Les *antécédents héréditaires* de cette malade sont simples : son père est mort à 78 ans, sa mère a succombé à 62 ans à une maladie de cœur déjà ancienne. Pas de frère, ni de sœur.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance : rougeole, coqueluche peut-être scarlatine et fièvre typhoïde sans complications à l'âge de 14 ans. Jamais d'amygdalite.

En outre, une cardiopathie a dû être reconnue dans l'enfance entre 8 et 12 ans. En effet, la malade se souvient qu'elle ne pouvait accompagner ses compagnes dans leurs jeux, qu'on lui avait interdit tout effort et qu'elle a suivi un traitement digitalique.

Réglée vers 14 ans, ses périodes menstruelles ont toujours été régulières et normales jusqu'à ces trois dernières années. Depuis lors, les règles sont rares et irrégulières.

A 25 ans en 1914, grossesse normale, mais l'accouchement est difficile, application de forceps sur présentation du siège. L'enfant était bien constitué.

Les suites de l'accouchement furent sévères : infection puerpérale, alitement de six mois.

La malade commençait à se lever, sa température était revenue à la normale, lorsque éclata une grande crise rhumatismale. La température oscilla entre 39° et 40°, toutes les articulations furent atteintes. Elles étaient tuméfiées et extrêmement douloureuses, les téguments juxtaparticulaires étaient rosés, un traitement salicylé fut institué. On constate au cours de cette crise, des signes cardiaques importants.

La malade resta alitée une année. Il n'existait alors aucune déformation articulaire.

Mme B... put ensuite vaquer aux soins de son ménage,

tout en présentant des douleurs atténuées des petites articulations.

Une nouvelle grossesse survint en 1918, l'accouchement fut normal, mais l'enfant présentait une scoliose très accentuée.

En 1920, survint une *deuxième crise rhumatismale*, température élevée, douleurs articulaires « atroces » et généralisées, avec tuméfactions et rougeur.

Les manifestations cardiaques furent telles que la malade dut être hospitalisée à l'hôpital Lariboisière dans le service du Professeur CLERC.

Elle y resta trois mois.

C'est à cette époque qu'apparurent les premières déformations des mains et des pieds, accompagnées de douleurs légères mais continues.

En 1923, *troisième crise articulaire et cardiaque* nécessitant l'hospitalisation pendant deux mois.

Après cette nouvelle atteinte, les déformations se sont accentuées. Les douleurs ont persisté.

En 1928, Mme B... est obligée de travailler.

Elle est employée dans une imprimerie où elle fait quelques travaux d'écriture et où elle met les journaux sous bande. Elle poursuit ce travail manuel pendant sept années, durant lesquelles persistent les douleurs et s'accroissent les déformations.

En 1935 survient une nouvelle défaillance cardiaque très accentuée, entraînant l'hospitalisation à l'hôpital Tenon dans le service de Monsieur LIAN.

A cette époque, les déformations auraient atteint leur stade actuel. Les douleurs spontanées disparurent.

Depuis trois ans la malade présente des phénomènes cardiaques à poussées répétées qui lui rendent toute vie active impossible. Elle est sous la menace continuelle de crises violentes, avec dyspnée, douleur précordiale. Les

crises s'accompagnent de cyanose des extrémités, de lipothymie et de tachyarythmie. Elles durent plusieurs jours, obligeant la malade à garder le lit.

Depuis de longs mois Mme B... suit un traitement par digitaline et ouabaïne.

C'est à l'occasion d'une de ces crises d'asystolie qu'elle est entrée récemment à l'hôpital Bichat.

A l'examen, ses mains présentent des déformations d'un type particulier surtout accentuées à droite. Dans l'ensemble, il existe, à la main gauche, et à la main droite, une déviation de l'index, du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire vers le bord cubital. Lorsqu'on essaye de redresser ces doigts, on y parvient avec une grande facilité : on remet les phalanges de chaque doigt dans la rectitude, sans qu'on soit gêné par une ankylose ou une rétraction fibreuse, sans qu'on provoque la moindre douleur. La laxité articulaire est surprenante. Les déformations observées sont donc dues uniquement à des luxations parfaitement réductibles, des premières phalanges sur les métacarpiens.

Il y a de plus, luxation du carpe sur les os de l'avant-bras, la déviation se produisant vers le bord cubital. A droite la styloïde cubitale est mobile, en touche de piano.

Dans les manœuvres de réduction de ces luxations on perçoit des craquements, mais la palpation ne révèle ni nodosités, ni déformations osseuses.

Les mouvements actifs des doigts sont un peu limités dans l'extension, mais la flexion est possible, il n'y a pas d'atrophie.

Malgré ces luxations multiples et accentuées, la force musculaire est bonne et l'adaptation est suffisante pour permettre à la malade des travaux de couture et d'écriture.

Les clichés *radiographiques* de M. LEHMANN mon-

trent : à *droite* une luxation très prononcée des phalanges des quatre derniers doigts sur les métacarpiens. Ces phalanges sont complètement *déboîtées* ayant perdu presque entièrement leurs rapports articulaires. Chaque phalange chevauche sur le bord interne du métacarpien correspondant d'où une inclinaison de 130° environ.

On observe également une subluxation de la phalange du pouce. Les os du carpe sont subluxés, le scaphoïde et le semi-lunaire ayant abandonné leurs rapports avec l'extrémité inférieure du radius. Le scaphoïde est déplacé vers la facette quadrilatère avec laquelle s'articule normalement le semi-lunaire, et le semi-lunaire vient se placer sous le cubitus.

A part ces luxations on ne trouve presque aucune lésion osseuse, si ce n'est un léger boursoufflement de l'extrémité antérieure du premier métacarpien.

A *gauche* : mêmes luxations des phalanges un peu moins prononcées qu'à droite. Luxation des os du carpe : l'ensemble du carpe est, comme à droite, projeté vers le cubitus, mais en plus, les os de la première rangée ont quitté les surfaces articulaires radio-cubitales pour chevaucher au-dessus des os de l'avant-bras.

D'autre part, si sur les phalanges et les métacarpiens on ne trouve pas de lésion osseuse on constate sur les os du carpe, en certaines zones une raréfaction osseuse (particulièrement sur le trapèze) les contours de certains de ces os sont flous; certains interlignes sont effacés.

Les *déformations des pieds* sont très prononcées. Les pieds sont en *valgus* : le pied repose sur le lit par son bord externe, l'astragale est subluxé, tressaillant en dehors et fortement épaissi. L'avant-pied est luxé en dehors; les orteils sont luxés sur les métatarsiens, comme les doigts le sont sur les métacarpiens.

Allux valgus très prononcé. Les mouvements passifs

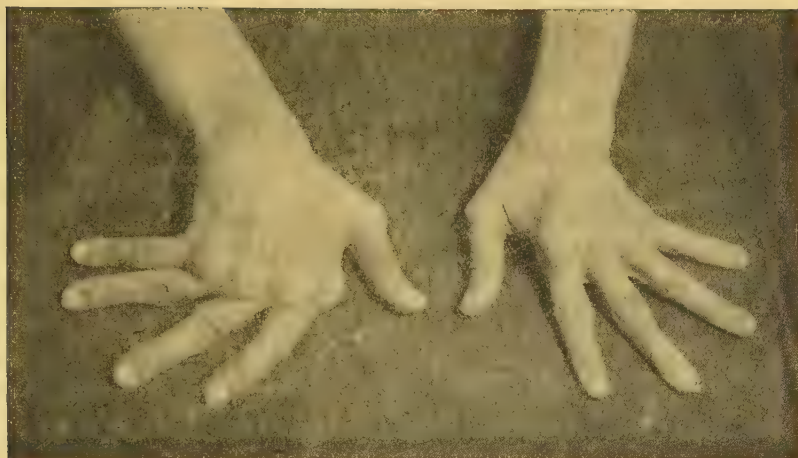


Figure I



Figure 2.

non douloureux, montrent ici, comme à la main, une laxité articulaire très accentuée, sans rétraction fibreuse, sans ankylose.

Les radiographies des pieds font voir à gauche et à droite, une luxation des phalanges sur les métatarsiens très prononcée, à tel point que sur le pied gauche, les quatre dernières phalanges chevauchent sur les métatarsiens correspondants, ayant perdu tout contact articulaire.

Subluxaion de l'astragale à gauche et à droite, il y a sur les radiographies des deux pieds, un bouleversement des rapports réciproques habituels de certaines phalanges et phalangettes.

Raréfactions et condensations du tissu osseux.

Boursoufflement de certains contours.

Proliférations osseuses des os du tarse.

Disparition des interlignes. Amincissement remarquable des phalanges.

L'examen systématique de toutes les articulations montre une atteinte de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Elle est complètement luxée et mobile, en touche de piano.

Les autres articulations (membres supérieurs et inférieurs, colonne vertébrale) semblent à peu près intactes.

L'articulation scapulo-humérale fait entendre à la mobilisation, des craquements. Au genou, on imprime de très légers mouvements de latéralité.

Les autres articulations ne présentent pas de laxité articulaire.

La colonne vertébrale est souple, il n'existe aucune déviation du rachis.

Les mouvements de la tête sont normaux et non douloureux. L'articulation temporo-maxillaire est libre, mais parfois la mastication est un peu douloureuse.

Des clichés radiographiques, faits par M. LEHMANN des diverses parties du squelette confirment l'intégrité de toutes ces articulations, ainsi que l'aspect normal des os longs, du bassin et du crâne — seul, un profil de la colonne vertébrale montre une ébauche de bec de perroquet.

La peau est glabre, extrêmement fine. Il est à remarquer que la malade ne présente après deux grossesses aucune vergeture abdominale.

L'élasticité de la peau est assez marquée surtout à l'avant-bras, sans qu'elle soit comparable à celle du syndrome d'Ehlers-Danlos, d'ailleurs une biopsie cutanée examinée par Mlle GAUTHIER-VILLARS et Mlle DOBKEVITCH n'a pas montré d'anomalie du tissu élastique.

Les ongles sont normaux — les cheveux aussi mais le système pileux est peu développé aux aisselles et au pubis. La dentition est très mauvaise, la plupart des dents étant tombées spontanément au cours des premières poussées rhumatismales.

La force musculaire, légèrement diminuée aux mains et aux pieds, est conservée sur les autres segments et contraste même avec l'aspect grêle des membres.

On ne constate aucun trouble du système nerveux : réflexes tendineux et pupillaires normaux, sensibilité superficielle et profonde normale.

Pas d'atrophie musculaire.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace.

A l'auscultation l'arythmie était telle à l'entrée de la malade à l'hôpital, qu'à part un souffle systolique de la pointe, il était impossible de percevoir d'autres signes cardiaques. Le cœur s'étant en partie régularisé après quelques jours de repos et une cure digitalique, on perçoit un rythme mitral : roulement diastolique, gros souffle systolique à la pointe avec irradiation dans l'aisselle, doublement du second bruit.

Le pouls est constamment faible bat à 60.

La tension artérielle est à 11-7 (à l'appareil Vaquez-Laubry).

Un orthodiagramme, fait par M. SOURICE a montré une image cardiaque anormale, avant tout caractérisée par la hauteur de la corde de l'oreillette droite.

Un électrocardiogramme pratiqué par M. BASCOUNET a décelé un fibrillo-flutter auriculaire.

Examens biologiques : urée sanguine 0 gr. 40.

Calcémie : 0 gr. 088.

Réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht et de Kahn : négatives dans le sang.

Gono-réaction : négative.

Examen hématimétrique : hématies 3.200.000.

Hémoglobine : 70 pour 100.

Leucocytes : 4.000.

Polynucléaires : 78 pour 100.

Grands mononucléaires : 4.

Moyens mononucléaires : 2.

Lymphocytes : 13.

Eosinophiles : 3.

Temps de saignement : 3 minutes.

Temps de coagulation : 8 minutes.

Signe du lacet : négatif.

Vitesse de sédimentation globulaire :

Au bout d'une heure : 51 mm.

Au bout de 2 heures : 77 mm.

Au bout de 24 heures : 120 mm.

(L'atteinte cardiaque de la malade ne permet pas de tenir compte de cette réaction au point de vue rhumatismal.)

En résumé : cette malade présenta une cardiopathie dans l'enfance. La première crise de rhumatisme articulaire aigu apparut à 25 ans.

Six ans après, survint une deuxième crise, au cours de cette crise, elle présente des déformations des mains et des pieds, accompagnées de douleurs dans les petites articulations.

Trois ans après se constituait une nouvelle crise qui amena à sa suite une accentuation des déformations, cependant que persistaient les douleurs articulaires.

Il s'agit d'une forme spéciale de rhumatisme chronique secondaire à la maladie de Bouillaud.

Durant les sept années suivantes les douleurs durèrent et les déformations des mains et des pieds s'exagèrent.

Puis les douleurs cessèrent et les déformations ne s'accrochèrent plus.

Actuellement, les mains et les pieds sont extrêmement déformés. Doigts et orteils ont une attitude « en coup de vent ». On s'attend à trouver les manifestations classiques du rhumatisme chronique, avec ankylose et rétraction tendineuse.

Bien au contraire, on observe une laxité articulaire si prononcée que l'on peut aisément réduire les luxations des doigts et des orteils. Les lésions osseuses du rhumatisme chronique, décelées par la radiographie, sont à peu près nulles à la main droite et, à la main gauche elles n'atteignent que les os du carpe, laissant indemnes métacarpiens et phalanges. Elles sont plus accentuées aux pieds où elles dépendent vraisemblablement de la mauvaise statique des membres inférieurs.

Ce qui donne à ce cas son aspect clinique très particulier, c'est cette laxité ligamentaire et capsulaire des articulations métacarpo-phalangiennes et métatarso-phalangiennes.

langiennes, qui s'observe aussi sur l'articulation sterno-claviculaire gauche.

*
**

Voici une autre observation présentée par MM. L. BORDIN et DROGUET à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à la séance du 17 janvier 1941.

Mme S..., 72 ans, entre dans notre service à l'hôpital Bichat, le 4 novembre 1940 pour des troubles dyspnéiques d'origine cardiaque.

Elle est atteinte de Maladie Mitrale avec arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Elle présente en outre de multiples déformations articulaires, surtout marquées au niveau des mains où elles sont assez nettement symétriques : mains déjetées en coup de vent.

Les articulations sont extrêmement lâches, les subluxations sont facilement réductibles.

Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler, si ce n'est que la mère aurait été rhumatisante.

La malade de situation aisée jusqu'à ces derniers temps, n'a pas exercé de profession et n'a jamais fatigué manuellement.

A 13 ans, elle fut atteinte de rhumatisme articulaire aigu d'une durée de six semaines.

Nouvelle crise à 20 ans, qui dure quatre semaines. Traitée et guérie par le salicylate.

A l'âge de 26 ans, fausse-couche spontanée de cinq mois.

A 28 ans, accouchement normal sans troubles cardiaques.

A 30 ans, une nouvelle crise de rhumatisme articu-

laire aigu qui dure six semaines, c'est lors de cette atteinte que son médecin lui parle de l'existence d'une cardiopathie.

Bien que généralisée, cette crise aurait prédominé au niveau des articulations des doigts qui restent légèrement déformés, tuméfiés et commencent à être nettement déviés en dehors, sans gêne fonctionnelle appréciable.

Depuis elle ne présente plus de crise franche de rhumatisme articulaire aigu.

Par moments, elle accuse seulement quelques douleurs articulaires fugaces.

Les déformations s'accroissent progressivement au cours des années suivantes.

Elles siègent surtout au niveau des mains et des orteils.

A l'examen, les doigts présentent la déformation classique en coup de vent, mais il n'y a pas d'ankylose, rien n'est plus aisé que de les redresser, la déformation étant uniquement due à une dislocation par hyperlaxité des articulations métacarpo-phalangiennes. Les articulations des doigts sont peu atteintes, cependant celles de l'auriculaire et de l'annulaire des deux côtés présentent une grande laxité.

Au niveau des orteils, il existe un double *hallux valgus* facilement réductible. Les orteils tendent à se fléchir en marteau, mais là aussi, la déformation est parfaitement réductible.

Les autres articulations sont à peu près indemnes cependant l'extrémité interne de la clavicule gauche et la styloïde cubitale se mobilisent facilement en touche de piano.

Au niveau des genoux, pas de mouvements de latéralité.

Les articulations des hanches, des coudes, de la colonne vertébrale sont normales.



Figure I



Figure 2. — Après réduction des déformations articulaires.

Les *radiographies* confirment les données cliniques.

Hyperlaxité des articulations métacarpo-phalangiennes avec réduction à peu près complète.

Pas de lésions cartilagineuses ou osseuses, sauf au niveau de l'extrémité interne de la clavicule gauche qui est claire, boursoufflée et des genoux qui présentent une raréfaction du condyle externe. Quelques ostéophytes des plateaux tibiaux et une ossification ligamentaire de l'articulation péronio-tibiale.

L'épreuve de la sédimentation globulaire donne :

Au bout d'une heure : 27 mm.

Après 24 heures : 115 mm.

La calcémie est de 92 milligrammes.

Numération globulaire :

Globules rouges : 5.040.000.

Globules blancs : 6.900.

Hémoglobine : 100.

Polynucléaires neutrophiles : 63 pour 100.

Polynucléaires éosinophiles : 4 pour 100.

Lymphocytes : 30 pour 100.

Monocytes : 3 pour 100.

Par ailleurs la malade se plaint depuis l'âge de 35 ans de palpitations accompagnées de tachycardie et de dyspnée d'effort qui nécessitent de fréquentes cures digitales.

Il y a huit jours crise nocturne de suffocation sans expectoration — A son entrée, la malade est dyspnéique — On constate des râles sous-crépitants à la base droite, un épanchement à gauche (1 litre 500 d'un liquide légèrement hémorragique).

L'auscultation du cœur montre de la tachycardie avec arythmie complète, une maladie mitrale : roulement

diastolique, souffle systolique dédoublement du deuxième bruit, une cure par la digitaline améliore considérablement la malade. Un électrogramme montre une arythmie complète (par fibrillation auriculaire), images discrètes des troubles de la tonicité myocardique (épaississement de R.).

Pas d'œdème des jambes. Pas d'hépatomégalie.

Les autres organes sont indemnes.

La peau est normale sous hyper élasticité.

En résumé : il s'agit d'une malade qui se présente à première vue avec la déformation classique des mains d'un rhumatisme chronique banal.

On est frappé par l'extrême laxité des articulations dont l'attitude vicieuse est aisément réduite.

« Comme chez les deux autres malades atteintes de cette forme disloquante de rhumatisme chronique, les déformations s'étaient installées au cours de crises de rhumatisme articulaire aigu compliqué de Maladie Mitrale. Comme chez elles les déformations entraînaient une gêne fonctionnelle modérée.

Il s'agit d'une dislocation articulaire par hyperlaxité ligamentaire sans lésion osseuse, dont le processus initial est contemporain de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu ».

Voici enfin une courte observation inédite du dernier cas, prise dans le service du Docteur L. BORDIN en 1941, à l'hôpital Bichat (salle Ribière, lit n° 18).

Monsieur G..., âgé de 18 ans, entre le 29 août 1941 pour des douleurs dans les chevilles.

Le début de ses troubles remonte à 2 ans. Le malade avait brusquement présenté une hydarthrose du genou droit puis du genou gauche.

Il avait été traité par le salicylate de soude.

Les troubles régressèrent alors au niveau des genoux, mais le malade commença à souffrir au niveau des chevilles qui devinrent gonflées et douloureuses. La peau restant normale.

Sous l'influence du traitement, au bout de trois semaines, le malade est amélioré, il reprend son travail, mais continue à souffrir, surtout le soir : ses malléoles devenant œdématisées et douloureuses.

On lui fait alors un traitement électrique pendant quatre mois, sans aucun résultat. Il continue à souffrir surtout le soir.

Un examen d'urine pratiqué à ce moment ne révèle pas d'albumine.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Antécédents familiaux : une sœur en sanatorium depuis deux ans mais il ne vivait pas avec elle.

Examen : actuellement.

Au niveau des *chevilles* on constate une déformation ostéo-articulaire : un gonflement de la malléole interne des deux côtés.

Dislocation articulaire de la cheville.

A droite un gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne du *gros orteil* et gonflement du gros orteil.

Cette déformation n'est pas douloureuse, il n'y a pas d'atteinte des parties molles.

Les mouvements passifs ne sont pas douloureux et montrent l'existence d'une hyperlaxité ligamentaire.

Au niveau du *genou*, on constate un *genu valgum* très accentué, une hypotonie et une hyperlaxité du genou.

La correction des déformations est possible et non douloureuse, on imprime facilement des mouvements de latéralité.

Il s'agit donc bien d'une dislocation articulaire du genou.

Les autres articulations ne présentent pas de laxité articulaire. La colonne vertébrale est souple.

Radiographies :

Les radiographies des *pieds* font voir à droite et à gauche : une désaxation notable des phalanges du gros orteil par rapport au métatarsien correspondant.

Mais pas de bouleversement important des rapports réciproques habituels des phalangines et phalangettes.

Pas de raréfaction, ni de condensation du tissu osseux.

Les *radiographies* du *genou* montrent de face une légère désaxation du fémur par rapport au tibia.

Mais pas de modification des interlignes.

Des clichés radiographiques des diverses parties du squelette montrent l'aspect normal des os longs, du bassin, de la colonne vertébrale.

Examen général :

L'auscultation du cœur révèle un souffle systolique de la pointe, avec irradiation dans l'aisselle.

Roulement diastolique et un dédoublement du deuxième bruit réalisant un *rythme mitral*.

L'examen des autres appareils ne montre rien d'anormal, en particulier pas d'hépatomégalie, ni de râles au niveau des bases pulmonaires.

La tension artérielle est 10-7 prise au Vaquez.

Un *orthodiagramme* pratiqué le 2 septembre 1941 montre en O. A. G. et en transverse gauche que l'oreillette gauche comble l'espace rétro-cardiaque.

L'examen des urines ne montre ni albumine ni sucre.

Le malade a été traité :

Du 29 août au 5 septembre 1941 par 6 g. de salicylate de Na chaque jour.

Du 5 au 19 septembre 1941 par 4 g. de salicylate de Na chaque jour.

Du 19 au 30 septembre 1941 par 2 g. de salicylate de Na chaque jour.

Notre malade sort de l'hôpital le 1^{er} octobre 1941.

En résumé notre malade présentait :

Une maladie mitrale.

Des déformations des gros orteils et des genoux, en *genu valgum*, consécutives à une crise de rhumatisme articulaire aigu en pleine évolution, avec hyperlaxité ligamentaire des articulations atteintes.

Ces observations nous permettent ainsi d'individualiser une forme disloquante du rhumatisme chronique, avec tous ses caractères essentiels que nous allons exposer.

ETUDE CLINIQUE.

Début. — Le rhumatisme disloquant n'est ordinairement reconnu qu'assez tardivement et ce n'est que par l'interrogatoire qu'on peut reconstituer l'installation du syndrome.

C'est au décours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu sévère que les déformations sont remarquées pour la première fois. Elles paraissent se constituer très rapidement : en l'espace de quelques semaines. Les déformations s'accroissent ensuite progressivement sans nouvelle crise rhumatismale franche ou bien elles s'aggravent par à-coups à l'occasion de nouvelles poussées articulaires.

La persistance de douleurs légères presque continues ou intermittentes est la règle.

Il est impossible de dire si elles sont dues à d'authentiques poussées rhumatismales ou si elles sont de nature mécanique liées à la dislocation articulaire.

Période d'état. — Quoiqu'il en soit ces phénomènes douloureux finissent par disparaître complètement.

L'indolence et l'absence presque complète de gêne fonctionnelle contrastant avec l'importance des déformations constitue un des caractères les plus remarquables du rhumatisme disloquant.

Ce rhumatisme disloquant est essentiellement *acro-mélique*. Il frappe avec prédilection les mains et les pieds.

Aux mains : les doigts en légère flexion sur les métacarpiens sont déjetés sur le bord cubital de la main.

Les doigts étant à la fois déjetés en coup de vent et écartés en éventail.

Au pouce il existe aussi une légère angulation en flexion au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne avec saillie exagérée de la tête du métacarpien en arrière.

Phénomène capital : la réduction de ces attitudes vicieuses s'effectue avec une facilité surprenante. On remet les doigts dans la rectitude sans qu'on soit gêné par la moindre douleur ou la moindre ankylose.

Cette hyperlaxité n'existe guère qu'au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Les articulations interphalangiennes sont ordinairement respectées. Cependant on peut parfois imprimer des mouvements de latéralité à certaines d'entre elles.

Les déformations peuvent rester localisées à l'avant-main comme dans les cas de MM. P. LEREBoullet et Mouzon, MM. Boidin et Droguet.

Dans d'autres cas (observation de MM. L. Boidin, Pasteur-Vallery-Radot et M. Roux).

Elles intéressent aussi l'articulation radio-carpienne avec subluxation du massif carpien en dehors, vers le bord cubital, et en arrière.

Au total l'hyperlaxité ligamentaire constitue la constatation objective essentielle. Elle contraste avec l'absence de toute ankylose et de toute atteinte osseuse ou synoviale évidente. Il n'y a pas d'atrophie musculaire et la gêne fonctionnelle est minime conditionnée uniquement par les déformations.

La radiographie confirme cette impression clinique d'atteinte élective des tissus péri-articulaires.

Les phalanges luxées sur les métacarpiens ont perdu complètement leurs rapports articulaires.

Par contre il n'existe aucune lésion osseuse du type destructif ou productif.

L'articulation radiocarpienne peut être subluxée, le massif carpien est alors déplacé en dehors et en arrière par rapport à la surface articulaire radio-cubitale.

Les os du carpe sont ordinairement indemnes. Cependant dans l'observation de MM. BOIDIN et PASTEUR-VALLÉRY-RADOT on notait une raréfaction osseuse dans certaines zones avec effacement de certains interlignes.

Aux pieds : les déformations prédominent aussi sur les articulations métatarso-phalangiennes. Les orteils sont penchés vers le bord externe avec hallux valgus très accentué, chevauchement des orteils sur les métatarsiens. Plus fréquemment qu'au membre supérieur les articulations interphalangiennes sont atteintes : les orteils sont en marteau.

Les articulations du massif tarsien peuvent être atteintes comme dans l'observation de MM. BOIDIN et PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et dans notre observation.

L'aspect réalisé est alors celui d'un pied plat valgus très semblable au pied plat des adolescents avec effondrement de la voûte plantaire. Saillie exagérée de la tête de l'astragale. Subluxation de l'avant-pied en dehors.

Comme aux mains ces déformations restent parfaitement réductibles. Il n'existe ni rétraction ni ankylose.

Les *radiographies* permettent de faire les mêmes constatations essentielles qu'aux mains, cependant lorsque les articulations du tarse sont intéressées, les altérations osseuses sont toujours plus marquées.

On peut observer des zones de décalcification, un flou et un pincement de certains interlignes — la formation d'exostoses — Ces lésions paraissent secondaires. Elles

nous semblent être le témoin d'un processus d'arthrite statique, analogue à celui qu'on observe dans le pied plat des adolescents.

Les articulations des *main*s et des *pi*eds sont *frappées avec prédilection*. L'atteinte est *bilatérale* mais souvent plus accentuée d'un côté. D'autre part mains et pieds peuvent être touchés simultanément (cas de BOIDIN et PASTEUR-VALLERY-RADOT, BOIDIN et DROGUET) ou bien *isolément* : les mains seulement (observation de LEREBoullet et Mouzon), ou les pieds exclusivement comme dans notre observation.

L'atteinte des autres articulations est plus rare. La luxation stylo-radiale et surtout la luxation sterno-claviculaire avec mobilité en touche de piano ont été observées.

Au genou on peut constater de légers mouvements de latéralité et même un genu valgum accentué.

Dans aucune observation on ne relève d'atteinte de la hanche, du coude, de l'épaule et de la colonne vertébrale.

Enfin on note constamment la coexistence d'une cardiopathie qui vient encore signer la nature rhumatismale de l'affection. Dans toutes les observations connues jusqu'ici il s'agissait d'une valvulite mitrale : Maladie Mitrale.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du rhumatisme disloquant consécutif à la Maladie de Bouillaud est évident.

La constatation des déformations articulaires facilement réductibles, les anamnétiques, la coexistence d'une valvulite mitrale permettent de la reconnaître facilement.

La confusion avec un rhumatisme chronique défor-

mant n'est possible qu'à un examen superficiel car il s'accompagne d'ankylose, de rétractions fibreuses et les dislocations articulaires qu'on peut y observer sont toujours contingentes.

Une atteinte isolée des pieds risque d'avantage d'en imposer pour un pied plat banal. Dans ce cas la déviation et le tassement des orteils et surtout la coexistence d'une lésion valvulaire doivent attirer l'attention.

Nous ne rappellerons que pour mémoire certaines hyperlaxités ligamentaires familiales telles que la Maladie de Morquio.

L'arthromalacie de Ravina et Pêcher qui ne peuvent en aucun cas prêter à confusion.

Les rapports du rhumatisme disloquant avec d'autres séquelles articulaires du rhumatisme articulaire aigu sont plus intéressants.

Nous n'insisterons pas sur certains rhumatismes chroniques progressifs (TEISSIER et ROQUE, MARINESCO) qui ne sauraient prêter à confusion et dont la nature rhumatismale est très contestable.

Nous nous arrêterons d'avantage sur une variété spéciale de rhumatisme chronique séquelle du rhumatisme articulaire aigu qui a été décrite par JACCOUD sous le nom de *rhumatisme fibreux*. Elle a été retrouvée par CHARCOT, BESNIER. M. COSTE en a récemment repris l'étude, dans l'encyclopédie Médico-chirurgicale.

Nous rapportons ici son article sur ce sujet .

« Le *rhumatisme fibreux* s'observe chez les adultes jeunes et paraît sous la dépendance directe d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué ou non de lésions cardio-vasculaires.

Dans le cas de JACCOUD, six atteintes de rhumatisme aigu s'étaient succédées, les quatre premières furent très violentes, la troisième avait laissé une double lésion aortique, les deux dernières furent très prolongées, la cinquième dura six mois.

Le rhumatisme fibreux comprend une forme généralisée et une forme localisée.

La forme généralisée ressemble quant aux déformations articulaires, au rhumatisme chronique déformant. Il frappe les mains et les pieds : aux mains on observe des désaxations habituelles dans le sens antéro-postérieur (phalanges en demi-flexion, aponévrose palmaire rétractée, déjettement cubital des trois derniers doigts désaxés en baïonnette, intégrité des pouces).

Aux pieds on retrouve le déjettement vers le bord externe des trois derniers orteils.

On admet que les lésions du rhumatisme fibreux généralisé se limiteraient au tissu conjonctif péri-articulaire et qu'il n'y aurait pas d'atteinte profonde des jointures.

La radiographie donne parfois raison à cette manière de voir, en montrant l'intégrité morphologique des épiphyses d'ailleurs décalifiées.

Ce serait la prédominance des lésions fibreuses, la rétraction de l'aponévrose palmaire, la présence de brides rétractant les phalanges, l'absence d'hypertrophie osseuse et d'ostéophytes, de craquements articulaires qui distingueraient le rhumatisme fibreux des lésions acroméliques de la polyarthrite chronique ordinaire.

Bien des caractères du rhumatisme disloquant se retrouvent dans cette description du rhumatisme fibreux : la localisation purement acromélique, l'apparition rapide des déformations au décours de la crise rhumatismale, la déformation considérable des jointures, l'absence de tout phénomène inflammatoire : douleur, empâtement articulaire.

L'analogie est frappante sur la photographie des mains et les radiographies qui accompagnent l'article de M. COSTE. On retrouve exactement les mêmes déformations, les mêmes subluxations métacarpo-phalangiennes. Ici encore l'atteinte porte électivement sur les tissus péri-articulaire, alors qu'il y a intégrité presque absolue des

éléments proprement dits de l'articulation. Mais il existe une différence essentielle entre le rhumatisme disloquant et le rhumatisme fibreux.

Dans le premier cas, il y a distension des tissus péri-articulaires, tandis que dans le second il y a sclérose rétractile des tissus péri-articulaires qui entraîne une ankylose des articulations. C'est du moins ce qui semble ressortir de l'article de M. F. COSTE qui ne parle à aucun moment de la mobilité articulaire et qui paraît faire sienne la description de JACCOUD sur ce point.

Au total rhumatisme fibreux et rhumatisme disloquant se rapprochent et s'opposent tout à la fois — tous deux sont une séquelle de la Maladie de Bouillaud. Le processus inflammatoire initial a été le même — mais ses conséquences lointaines sont différentes : sclérose rétractile dans un cas, distension ligamentaire dans l'autre. Le terme de rhumatisme fibreux peut s'appliquer aux deux éventualités si l'on veut désigner par là l'atteinte élective du tissu fibreux péri-articulaire. Mais il faut alors distinguer deux variétés de ce rhumatisme fibreux post-rhumatismal : une forme ankylosante et une forme disloquante — c'est dans cet esprit semble-t-il que MM. P. LEREBoullet et Mouzon avaient intitulé leur communication de 1920 « Sur une forme disloquante du rhumatisme chronique fibreux consécutif au rhumatisme articulaire aigu ».

PATHOGENIE.

Même en l'absence d'examens anatomiques qui n'ont jamais été pratiqués jusqu'ici, nous avons vu que la clinique et la radiologie permettent d'attribuer le rhumatisme disloquant à une atteinte élective de la capsule et des ligaments péri-articulaires par le processus rhumatismal.

Il est intéressant de remarquer que ces lésions indélébiles se constituent justement dans les tissus péri-articulaires, qui sont aussi ceux qui sont touchés avec prédilection ainsi que l'a montré LASEGUE, à la phase d'arthrite aiguë.

La localisation purement acromélique est plus difficile à expliquer. Il faut sans doute invoquer la moins grande solidité de l'appareil ligamentaire des articulations des extrémités. Quant au type même des déformations, il paraît être commandé au niveau du membre inférieur par des facteurs mécaniques : station debout, port de la chaussure.

Au membre supérieur, c'est plutôt la distension des coulisses fibreuses dans lesquelles glissent les tendons extenseurs et fléchisseurs des doigts et qui les maintiennent normalement dans l'axe des métacarpiens et des phalanges.

M. P. LEREBoullet fait jouer un rôle important au travail manuel pour expliquer l'importance et la déformation des mains. Ce facteur serait tout à fait accessoire pour MM. BOIDIN et DROGUET puisque leur malade était une femme de condition aisée qui n'avait jamais travaillé manuellement.

Tel est le rhumatisme disloquant post-rhumatismal. Il faut reconnaître que son importance pratique est assez accessoire puisqu'il n'entraîne aucune douleur et que l'impotence fonctionnelle est toujours légère.

Aucun appareillage n'est à envisager au membre supérieur. M. P. LEREBoullet en a fait l'expérience sur sa malade qui n'en a retiré aucun bénéfice appréciable.

Par contre la correction du pied plat paraît indiquée.

L'importance *théorique* du rhumatisme disloquant apparaît beaucoup plus grande. Il est intéressant de voir que dans certains cas et sous des influences qui nous

échappent encore, le rhumatisme articulaire aigu est susceptible de créer des lésions indélébiles au niveau des articulations comme il le fait au niveau du cœur. Il y a même lieu de se demander si le rhumatisme disloquant ne constitue pas la forme extrême d'une atteinte articulaire indélébile, qui dans d'autres cas pourrait rester fruste ou même complètement inapparente, sous forme de traces purement histologiques. Nous ne croyons pas qu'une étude microscopique systématique des articulations ayant été touchés antérieurement par le rhumatisme articulaire aigu ait jamais été faite.

CONCLUSIONS

Le rhumatisme disloquant est une forme de rhumatisme chronique, bien individualisée.

Ses caractères sont les suivants :

1°. — Localisation essentiellement acromélique.

2°. — Apparition rapide des déformations au décours d'une crise rhumatismale.

3°. — Atteinte élective des tissus péri-articulaires avec intégrité des éléments proprement dits de l'articulation.

4°. — Hyperlaxité ligamentaire et capsulaire déterminant des luxations facilement réductibles.

5°. — Indolence et absence presque complète de gêne fonctionnelle.

6°. — Enfin coexistence constamment notée dans les quatre observations publiées d'une cardiopathie mitrale, qui vient signer la nature rhumatismale de l'affection. Cette cardiopathie occupant le premier plan dans le tableau de la maladie.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
BENARD

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie Médico-Chirurgicale. — Le Rhumatisme chronique.
Extraits des Bulletins et Mémoire de la Société Médicale des
Hôpitaux de Paris.

LEREBOULET (P.) et MOUZON 1920. — Sur une forme disloquante
du rhumatisme chronique fibreux consécutif au R. A. A.

BOIDIN (L.), PASTEUR-VALLERY-RADOT et ROUX (Maurice) 1938. —
Rhumatisme chronique à forme disloquante consécutif à
un R. A. A.

BOIDIN (L.) et DROGUET 1941. — Un nouveau cas de rhumatisme
chronique à forme disloquante consécutif à un R. A. A.
